

319

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N° —

POUR

Le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le Mercredi 2 Mai 1900, à 1 heure

PAR

Bernard FROMAGEOT

Ancien Externe des Hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

VARICES AMPULLAIRES

DE LA

VEINE SAPHÈNE INTERNE

A SON EMBOUCHURE

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM. TILLAUX, professeur.

LAUNOIS et LEGUEU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

319
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE N° —

POUR

Le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le Mercredi 2 Mai 1900, à 1 heure

PAR

Bernard FROMAGEOT

Ancien Externe des Hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES

VARICES AMPULLAIRES

DE LA

VEINE SAPHÈNE INTERNE

A SON EMBOUCHURE

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM. TILLAUX, professeur.

LAUNOIS et LEGUEU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

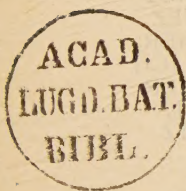
PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

—
1900



Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	FARABEUF
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	LANDOUZY
Hygiène.....	PROUST
Médecine légale.....	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie..	N...
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale.....	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies de enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des mala-	
dies de l'encéphale.....	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND
	BERGER
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY
	LEDENTU
	TILLAUX
Clinique ophtalmologique.....	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires..	GUYON
Clinique d'accouchement.....	BUDIN
	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de ma grande affection
et de ma reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE .

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur.

A nos Maîtres

Que M. le docteur Deroye, professeur de clinique médicale, M. le professeur Parisot, professeur de clinique chirurgicale à l'école de Dijon, MM. les docteurs Cottin, Edouard Morlot, chirurgien et médecin de l'hôpital, permettent à leur ancien élève de leur adresser ici tous ses remerciements. Nous conserverons toujours le meilleur souvenir des deux années que nous avons passées à Dijon où nous avons été, par leurs soins, guidé dans nos débuts de l'étude de la médecine et de la chirurgie.

Que MM. Berger, Barth, Huchard, Champetier de Ribes, dans le service desquels nous avons eu le privilège d'accomplir notre stage hospitalier, veuillent bien agréer nos plus vifs remerciements.

Nous avons eu l'honneur d'être l'externe de M. D'Heilly, à l'hôpital des Enfants-Malades, où nous avons pu profiter de sa longue expérience et de sa grande bienveillance dans les leçons pratiques qu'il nous a faites.

M. le professeur agrégé Lejars a droit doublement à notre reconnaissance : comme maître, pour l'enseignement de la chirurgie pratique et de l'asepsie que nous avons reçu de lui, à la Pitié et à Beaujon, dans le service de M. le docteur Th. Anger, dont nous étions l'externe, et, comme opérateur, pour les soins les plus éclairés qu'il nous a prodigués dernièrement.

M. le docteur Petit, pendant l'année d'externat que nous avons passée dans son service où il nous a initié à la difficile étude des maladies du cœur, a été le plus bienveillant des maîtres : qu'il nous permette de lui adresser nos plus sincères remerciements.

Nous avons eu l'honneur d'être l'externe de M. Ch. Nélaton, professeur agrégé à la Faculté de médecine, nous sommes heureux de lui adresser ici l'expression de notre vive gratitude et de notre sincère attachement.

C'est dans le service de M. le docteur Humbert que nous avons terminé nos années d'externat, il a été toujours pour nous le plus indulgent et le plus bienveillant des maîtres.

Nous avons contracté une dette particulière de reconnaissance envers M. le docteur Gosset, professeur de la Faculté de médecine, qui nous a donné l'idée de ce travail et qui nous a aidé de ses conseils pour la rédaction de notre thèse.

M. Banzé, chef de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié, a eu l'extrême obligeance de nous donner

une observation inédite recueillies par lui ; qu'il soit assuré que nous lui en conserverons un reconnaissant souvenir.

Il nous reste maintenant à nous acquitter d'un devoir bien cher, c'est de dire combien nous devons à notre malheureux compatriote le docteur Louis Glantenay, qui nous a prodigué les ressources de son grand savoir, et qui était, en même temps que le meilleur des conseillers, le meilleur des amis. Encore sous le coup de cette perte cruelle, nous conserverons toujours un souvenir ému et reconnaissant ; il restera pour nous le modèle de l'ami, de l'homme réellement bon dans la plus belle acception que l'on puisse donner à ce terme.

M. le professeur Terrier a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; qu'il reçoive l'expression de notre plus entière gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Historique

Ayant eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Terrier, à l'hôpital Bichat, une tumeur formée par une dilatation ampullaire de la saphène interne à son embouchure, tumeur qui avait été prise antérieurement pour une hernie crurale et traitée comme telle, il nous a paru intéressant de reprendre ce court chapitre de pathologie externe dont nos traités classiques ne parlent qu'incidemment.

L'historique d'une question aussi limitée que celle qui nous occupe peut paraître fastidieuse, et nous ne voudrions pas en exagérer l'importance, mais il est cependant intéressant de rechercher comment et par qui cette affection, qui est encore si souvent méconnue, a été surtout étudiée et quels sont les observateurs qui nous ont permis de pouvoir en préciser le diagnostic.

La première observation que nous ayons retrouvée sur ce sujet est rapportée par J.-L. Petit; cet observateur si pénétrant raconte d'une façon très origi-

nale la façon dont il fit le diagnostic d'une varice de la saphène chez une jeune servante qu'un charlatan soignait pour une soi-disant hernie à l'aide d'un mauvais bandage, et il insiste surtout sur les signes qui l'ont amené à faire ce diagnostic.

Briquet dans sa thèse classique : Dissertation sur la phlébectasie, ou dilatation variqueuse, notamment sur celle des membres abdominaux, cite plusieurs cas de dilatation variqueuse de la crosse de la saphène interne.

Bérard, Boinet, Velpeau, rapportent aussi des cas de dilatations de la saphène, mais tous ces auteurs ne parlent encore que des dilatations simples, réductibles facilement par la pression ou le simple repos au lit. Ce n'est qu'en 1832 que Dupuytren dit avoir observé un cas de varice non réductible, et ne coexistant pas avec un état variqueux du membre correspondant.

Bonnet, dans son « Mémoire sur le traitement des varices » expose sa manière de traiter les ampoules variqueuses de la saphène par son procédé des épingles et considère comme la guérison la transformation de la varice réductible en varice thrombosée, puis fibreuse.

Laugier, dans sa thèse d'agrégation, résume l'état de la question à cette époque, à propos des varices en général. Mais c'est surtout Malgaigne, dans ses leçons cliniques sur les hernies qui nous expose d'une façon très claire les différents moyens qui sont en notre pou-

voir pour éclairer nos recherches en présence d'une telle affection.

Cruveilhier étudie dans son « Traité » l'anatomie pathologique de la dilatation variqueuse, et en a donné une description qui est restée classique.

Nous ne voudrions pas ici citer tous les articles de Dictionnaires, de Traités classiques ou de thèses où nous avons puisé pour rechercher les documents utiles à notre sujet ; ces indications se trouvent à l'index bibliographique de notre thèse, mais nous voudrions cependant faire remarquer que la tendance actuelle des chirurgiens, qui plus hardis que leurs prédécesseurs veulent extirper entre deux ligatures la saphène dilatée à son embouchure même quand celle-ci est réductible, se trouve déjà dans la thèse inaugurale de Briquet de 1824, qui conseille l'extirpation de la dilatation ampullaire de la saphène quand celle-ci est très volumineuse et difficile à maintenir avec un appareil.

La généralisation de ce traitement à tous les cas se comprend aisément, car, grâce aux conditions d'asepsie que réalise la chirurgie actuelle, cette opération ne présente aucune espèce de danger et met le malade à l'abri d'une phlébite et d'une embolie toujours possibles, ainsi que le montre le cas de Desprès cité dans notre thèse.

Etiologie

Les varices ampullaires de la crosse de la saphène interne ne sont pas très rares bien qu'elles ne soient pas en proportions très élevées par rapport au nombre considérable d'individus atteints de varices des membres inférieurs.

La plupart des chirurgiens de ce siècle en ont vu ou publié des exemples. Verneuil dit en avoir observé cinq, alors qu'il faisait la consultation du bureau central. Laugier avance qu'il ne se passe pas une année sans qu'il en voit un ou plusieurs cas.

Limité au cas dans lesquels la tumeur veineuse inguinale est nettement circonscrite et coïncide seulement avec des dilatations plus ou moins marquées siégeant au genou ou à la jambe, ce groupe devient considérablement plus restreint et, sur 150 variqueux environ, examinés dans le service de M. le Professeur Duplay, on n'a rencontré que deux malades chez lesquels la dilatation de la saphène à son embouchure constituait une lésion véritablement isolée.

Verneuil, dans son article « Aine », du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, page 298, dit, à propos d'une hématocele variqueuse observée par Dupuytren à l'Hôtel-Dieu en 1832, et qui n'était ni réductible, ni accompagnée de varices du membre inférieur : « Sans doute, si une phlébite s'emparait d'une ampoule variqueuse, la consistance du caillot, la sensibilité à la pression, l'inflammation du voisinage pourraient tromper, mais ce cas est encore à observer ».

Et pourtant Briquet dans sa thèse 1824, dit : « Quand la phlébite est bornée aux vaisseaux, on voit les varices devenir dures, tendues, douloureuses, elles paraissent distendues par du sang coagulé.

.

La douleur augmente par la plus légère pression, la peau ne rougit pas, il n'y a que peu ou pas de gonflement, rarement de la fièvre ; ces accidents qui ne durent que peu de jours se terminent ordinairement par la résolution et les veines deviennent libres.....

.

Enfin le caillot peut rester adhérent aux parois du vaisseau et en déterminer l'oblitération.

Cette affection est cependant rare et les deux observations que nous citons apportent deux nouveaux exemples de dilatations variqueuses throm-

bosées, l'une correspondant à la varice *circonférencielle* de Cruveilhier, l'autre à la varice *latérale*.

Les causes des dilatations variqueuses sont banales et communes à toutes les varices, aussi ne nous appesantirons-nous pas sur ce sujet.

Elles se rencontrent plus fréquemment chez la femme que chez l'homme ; chez celle-ci, elles sont le résultat de la compression des veines du bassin dans l'état de grossesse, comme de tout état morbide du reste qui enraye la circulation dans le membre abdominal. Il en est de même des états qui obligent à rester debout, exposé à la chaleur ; aussi voyons-nous dans les observations que la plupart des sujets sont cuisinières, blanchisseuses, etc.

Mais si les causes prédisposantes générales telles que le sexe, l'âge, la profession, l'hérédité ne jouent pas dans les cas particuliers qui nous occupent un rôle très particulier, la disposition anatomique de la région, la situation de la crosse de la saphène dans la région du triangle de Learpe pourraient-elles avoir une réelle influence. On sait en effet le rôle que l'on a fait jouer à l'anneau formé par le fascia crèbri-formis et le repli d'Allan Burns, dans la production des varices, au point d'en proposer le débridement comme procédé de traitement (Herapath).

Donc, la veine à ce niveau serait comprimée par cet anneau fibreux, avant de se jeter dans la veine fémorale, et de plus Velpeau explique la dilatation vei-

neuse par ce fait qu'en ce point les parois veineuses ne sont pas fortifiées par le feuillet celluleux du fascia crebriformis.

Enfin qu'il nous soit permis d'émettre une hypothèse : il existe constamment, au niveau de la saphène un ganglion, situé au-dessous d'elle. Son hypertrophie peut bien jouer dans certains cas un rôle important dans le développement des varices à ce niveau.

Il semble naturel d'invoquer aussi dans ces cas l'action de la pesanteur exercée à ce niveau par la colonne sanguine sur les parois veineuses malades et mal soutenues par les tissus voisins. Elle ne paraît jouer qu'un rôle secondaire, et même Briquet qui n'admettait pas comme cause des varices la pression sanguine dit à ce propos : « Qu'ont de commun avec la pression sanguine ces énormes renflements qui siègent à la racine de la cuisse, endroit où il n'y a pas plus de pression qu'au poignet ».

Pour lui la disposition et le nombre des valvules ne paraissent pas beaucoup contribuer à favoriser le développement des varices, car dit-il, il existe constamment des valvules au niveau de l'articulation tibio-tarsienne où l'on observe peu de renflements veineux.

Delbet, dans ses « Cliniques de l'Hôtel-Dieu », dit : « La dilatation n'est pas fonction directe de la pression. Il est une autre condition qui intervient et joue un rôle important ; c'est la paroi veineuse. Avec une

grosse pression et des parois résistantes, la dilatation sera minime ; avec une pression médiocre et des parois affaiblies la dilatation pourra être énorme ».

Cependant quand, sous cette influence, la dilatation est commencée et que les valvules deviennent insuffisantes, la pesanteur peut parfaitement agir comme cause d'accroissement.

On peut encore invoquer comme cause, les coups, les traumatismes de la région inguinale, mais la cause essentielle, véritable, est la phlébite chronique limitée, localisée, et, en ce point, les parois de la veine malade cèdent comme cèdent les parois artérielles pour constituer l'anévrysme.

Comment expliquer maintenant la thrombose de l'ampoule variqueuse, laissant libre au dessous d'elle la lumière de la veine. Dans le cas de dilatation latérale, celle-ci étant isolée du reste de la veine par cette sorte de pédicule qui la relie à elle, on comprend que la thrombose se localise.

Dans le cas de dilatation ampullaire, Briquet en explique ainsi la pathogénie :

« Quand la phlébite est bornée aux vaisseaux, on voit les varices devenir dures, tendues, douloureuses, elles paraissent distendues par du sang coagulé. . . .
...mais ces phénomènes se terminent ordinairement par la résolution, et les varices deviennent libres.

Enfin, le caillot peut rester adhérent aux parois du vaisseau et en déterminer l'oblitération. Ce caillot

n'est pas seulement un effet de la stase sanguine, comme le voulaient les anciens auteurs, mais il est bien le résultat de l'inflammation qui donne lieu à la sécrétion d'une lymphe coagulable, déterminant la formation du caillot à ce niveau.



Anatomie pathologique

D'une façon générale, les varices ampullaires sont le plus souvent accompagnées de varices serpentineuses. Cependant, il n'est pas rare de rencontrer une seule varice à l'embouchure de la veine saphène interne dans la crurale. Elles peuvent être adhérentes à la peau, mais sont le plus souvent absolument libres, et Cruveilhier dit même que dans ce cas elles sont quelquefois « séparées de la peau par un petit kyste synovial ». On peut, d'après ce même auteur, les diviser en plusieurs variétés :

1° Varices circonférencielles, lorsqu'elles sont formées par la dilatation de toute la circonférence du vaisseau ;

2° Varices latérales, lorsqu'elles n'occupent qu'un des points de cette circonférence, elles constituent alors un véritable sac à collet dont l'orifice de communication est plus ou moins rétréci ;

3° Une variété de varices à cellules ou multiloculaires.

Quelle sera l'évolution anatomique de cette lésion ? Ou bien, si elle est adhérente, elle s'ouvrira à l'extérieur, sous la peau dans le cas contraire, ce qui est rare, ou bien il se développera de la phlébite adhésive, ce qui deviendra quelquefois un moyen définitif de guérison.

Rarement enfin, les varices ampullaires sont affectées de phlébite suppurée, à moins de provocation par des causes accidentelles.

La circulation sanguine se fait librement dans le cas de dilatation simple, sans caillots adhérents. Quelquefois le même caillot qui entravait la circulation peut être résorbé et la varice rendue libre. Cruveilhier dit en effet : « J'ai vu plusieurs fois des varices ampullaires tapissées par une membrane jaune orangé qui attestait que des caillots sanguins avaient longtemps séjourné en ce point, et qu'il y avait eu résorption.

Si maintenant nous reprenons l'étude détaillée de chaque cas en particulier, nous donnerons successivement leur description morphologique et histologique.

Dans le premier des cas qu'il nous a été donné d'étudier, la tumeur, du volume d'une noix verte, était située au niveau même de la crosse de la saphène interne, la veine crurale était saine, et la saphène était libre au-dessous de la lésion, ainsi qu'on put le voir au cours de l'opération. La tumeur était mobile, peu

adhérente aux tissus voisins, on n'observa pas, comme dans le cas de Verneuil, de tumeur formée pour la plus grande partie par une amplification considérable du sinus sous-valvulaire de l'embouchure de la saphène, et par une dilatation analogue de veines sous-cutanées abdominales et honteuses externes qui affluaient toutes vers le même point, car la dilatation était formée seulement au dépens de la saphène interne elle-même.

Le contenu de cette dilatation variqueuse était formé par un liquide roussâtre, assez analogue à celui que contient le sac d'une hernie ancienne irréductible et étranglée et par des caillots cruoriques anciens, se laissant déchirer facilement et adhérents aux parois qui sont elles-mêmes lisses, non anfractueusés.

L'examen histologique, qu'à bien voulu nous faire M. le docteur Besançon, chef du laboratoire de M. le Professeur Terrier nous a montré que la veine, au-dessous de la lésion, présentait des lésions de phlébite oblitérante. La lumière du cordon veineux est remplie de caillots cruoriques en voie d'organisation, les parois sont atteintes d'endophlébites.

Au niveau de la dilatation on trouve dans la cavité de gros caillots avec transformation fibreuse, c'est-à-dire avec organisation du caillot, par suite du développement de l'endophlébite.

Dans la paroi de cette cavité, la tunique musculaire a disparu, il y a fusion de la tunique externe et de

la tunique interne transformée en un tissu fibreux ; en somme, on rencontre la structure du sac anévrysmal.

Dans le second cas, c'est-à-dire dans l'observation de la tumeur variqueuse implantée sur un point de la paroi veineuse, celle-ci se présentant sous la forme d'une tumeur arrondie, du volume d'un œuf de poule, située à la partie interne du triangle de Learpe, assez mobile, et semblant se fixer dans la profondeur par un pédicule difficilement senti. Sa surface était régulière, fermée par une membrane lisse et tendue, d'aspect bleuâtre, — son contenu était formé par des caillots cruoriques, mous et noirâtres qui remplissaient la poche avec une très petite quantité de liquide sanguinolent.

Cette malade ayant été opérée pendant les vacances, la pièce anatomique fut égarée, aussi n'avons-nous pas pu en connaître l'examen histologique. Celui-ci a été fait dans un cas analogue de M. Second, cité dans la thèse inaugurale de M. Cazalas à laquelle nous emprunterons quelques détails, et dans laquelle on pourra retrouver l'examen histologique très complet. « Les parois de la tumeur variqueuse présentaient une épaisseur à peu près égale dans la plus grande partie de leur étendue, en certains points cependant on pouvait reconnaître à l'examen macroscopique l'existence de quelques épaississements nodulaires qui paraissaient être formés aux dépens de la tunique vasculaire. »

On fit deux séries de coupes, les unes au niveau où la paroi était d'égale épaisseur, les autres au niveau des épaississements modulaires et cela perpendiculairement à la surface interne de la poche.

On trouva quatre couches.

La plus interne, d'apparence amorphe, était constituée par la partie périphérique du caillot avec un certain nombre de néo-capillaires.

La seconde représentant la tunique interne de la veine, bourgeonnant de dehors en dedans, vers l'intérieur de la poche, formait en quelque sorte une zone de transition entre cette tunique et la partie profonde du caillot adhérent.

La troisième représentait la tunique moyenne de la veine et se reconnaissait facilement à la présence des fibres musculaires disposées perpendiculairement les unes aux autres et plus ou moins altérées.

Enfin, tout à fait en dehors, la tunique externe de la veine était représentée par une couche de tissu conjonctif ne présentant rien de particulier.

Dans la deuxième série de coupes, on avait retrouvé les mêmes lésions, mais de plus, on constata que les nodosités résultaient d'un développement considérable du tissu cellulo-adipeux.

Nous voyons donc que là aussi les lésions siègent surtout au niveau de la tunique moyenne, ce qui est en contradiction avec les idées de Cruveilhier qui dit dans son traité d'anatomie pathologique : « Les vari-

ces latérales ont également les parois très amincies : on dirait que la membrane interne a fait hernie à travers la membrane externe dont les filaments dartoïques ont été dissociés. »



Symptômes

Ainsi que nous le voyons par les observations, les dilatations variqueuses de l'embouchure de la veine saphène se présentent sous deux formes bien distinctes, qui semblent être deux stades de l'évolution de cette maladie ; sauf pourtant dans le cas relaté dans l'observation II où la thrombose de la veine paraît être apparue en même temps que la dilatation.

Cependant la thrombose n'est pas fatale ; on a vu en effet fréquemment des dilatations variqueuses de l'embouchure de la saphène subsister fort longtemps sans être compliquées de phlébite.

Nous étudierons donc séparément les symptômes : 1° *De la dilatation* variqueuse simple de la crosse de la saphène, réductible, fluctuante ; 2° de la dilatation variqueuse thrombosée irréductible et dure.

Si l'on regarde la région crurale d'un sujet atteint de dilatation ampullaire de la crosse de la saphène interne, on y remarque la présence d'une tumeur, faisant saillie sous la peau. Cette tumeur, offre le

volume d'une noisette à celui d'un œuf de poule, la peau à ce niveau offre le plus souvent une coloration bleuâtre due au contenu de la tumeur, ainsi qu'on peut s'en rendre compte en réduisant la varice, car la coloration disparaît avec la réduction.

On n'observe, ni ampliation, ni battement vrais de la poche, sauf pourtant dans les cas où celle-ci est plus ou moins directement en contact avec l'artère fémorale. Si nous palpons cette tumeur, le sujet étant dans la position verticale, nous nous rendrons d'abord compte exactement de sa situation à quelques millimètres au-dessous de l'arcade crurale, en dedans d'une ligne verticale passant par le milieu de l'arcade de Fallope. Nous pourrions quelquefois, ainsi que le fait remarquer Cruveilhier, observer autour de la tumeur de petites nodosités constituées par des ganglions lymphatiques enflammés et directement en rapport avec la lésion. Mais le fait ne nous paraît pas constant.

Palpons maintenant plus exactement la tumeur elle-même, nous verrons qu'elle est molle, fluctuante, facilement réductible par la pression, le plus souvent sans gargouillement. Le repos au lit la fait disparaître de même spontanément, ainsi que la compression de la veine au-dessous d'elle. La station debout et l'exposition à la chaleur augmentent au contraire son volume et foncent la couleur de la peau.

La toux lui communique une impulsion, la percussion donne un son mat.

Si, après avoir fait disparaître la tumeur par une pression exercée de bas en haut, on applique fortement le doigt à la partie supérieure du canal crural, au-dessus de la varice par conséquent, on voit bientôt celle-ci reparaître et reprendre rapidement son volume primitif.

La tumeur diminue au contraire sans disparaître complètement si la compression est faite au-dessous de la poche variqueuse.

Enfin si on applique une main sur la tumeur et qu'avec un doigt de l'autre on percute la veine au-dessous, même à la partie inférieure de la cuisse, la main perçoit un choc qui vient la heurter (Verneuil).

Bonnet et surtout Cruveilhier insistent sur un symptôme assez particulier et bien relaté dans l'observation que nous citons de ce dernier auteur. Si on fait tousser le malade, on remarque en même temps que l'ampliation de la poche que « le doigt placé sur la tumeur éprouve pendant l'effort de la toux une sensation de frémissement, de frôlement que la malade percevait facilement, et qu'elle comparait à celle que ferait éprouver un jet d'eau ; expression qui mérite d'être conservée, tant elle rend bien la sensation que font éprouver les varices de l'embouchure de la sa-phène ».

Forgeron, dans sa thèse, a noté que lorsqu'on

cherche à apprécier cette sensation avec un seul doigt qu'on maintient en contact avec les téguments, tout en cessant brusquement la compression exercée d'abord par ce doigt, le bruissement est très net à la partie supérieure de la tumeur, tandis qu'à la partie inférieure il est à peine perceptible. Mais si on relève le doigt lentement, cette sensation n'est plus perçue. Dans certains cas, comme dans celui cité par Forgeron, le bruit perçu quand on fait tousser le malade peut paraître plus marqué dans le décubitus dorsal que dans la station verticale, cela paraît dû à la distension trop considérable du réseau veineux lorsque l'état variqueux est trop étendu.

M. Vidal (de Cassis) dans son traité de pathologie externe (édition 1861) dit avoir observé un notable gonflement de la varice par l'application de linges chauds.

L'auscultation ne donne ordinairement aucun renseignement, surtout lorsque le malade est au repos au lit, mais elle peut cependant permettre quelque fois d'entendre un bruit de souffle lorsqu'on fait tousser le malade en maintenant le stéthoscope en contact intime avec les parois de la dilatation variqueuse.

Le plus souvent, on observe en même temps que la dilatation de la crosse, des varices du tronc ou des branches de la veine saphène. Mais si les symptômes physiques sont bien nets, bien caractéristiques, nous

n'aurons au contraire que peu de symptômes fonctionnels à signaler.

La douleur manque fréquemment, cependant on peut observer une sensation de tension, de chaleur incommode, quelquefois des douleurs vives, lancinantes, et des douleurs sympathiques dans les régions voisines. Mais ces phénomènes sont dûs surtout à l'état variqueux du membre bien plus qu'à la tumeur variqueuse elle-même.

Le sujet porteur d'une dilatation variqueuse accuse aussi une certaine lourdeur du membre correspondant, et quelquefois aussi une gêne plus ou moins marquée des mouvements surtout après une station prolongée.

Nous n'avons envisagé jusqu'à présent que le cas de dilatation réductible. Considérons maintenant la varice isolée irréductible de la crosse de la saphène.

Son siège est le même que précédemment et la vue nous donnera les mêmes renseignements. La peau cependant paraît, dans tous les cas que nous avons étudiés du moins, avoir conservé sa coloration normale.

Au palper la varice se présente sous la forme d'une tumeur dure, renittente, mobile sous la peau et sur les plans sous-jacents, mais dans le sens transversal seulement.

Sa surface est à un peu près lisse, on ne note pas la présence de ganglions enflammés. Et ce qu'il y a de

tout particulier c'est que, dans deux observations sur trois que nous citons, on ne trouvait pas trace de varice au membre correspondant.

Cette tumeur de consistance molle, non pulsatile, renittente, sans être franchement fluctuante est uniformément mate à la percussion. Elle se délimite assez facilement et on ne peut lui sentir nettement de pédicule.

En palpant attentivement vers le pôle inférieur de la tumeur on peut sentir le cordon induré qui ferme la veine saphène, mais il faut pour cela que le sujet n'aie pas une couche adipeuse trop accusée.

La toux n'a plus sur elle d'action comme dans le cas précédent et on n'observe plus pendant l'effort, ni ampliation, ni impulsion.

Ici la douleur est plus nette, plus accusée pendant la palpation, même légère ; elle disparaît presque pendant le repos au lit et dans l'intervalle des examens.

La gêne fonctionnelle paraît aussi plus grande et dans les deux cas que nous avons étudiés plus particulièrement, la station prolongée était rendue impossible.



Diagnostic

Le diagnostic des dilatations variqueuses de la crosse de la saphène offre un grand intérêt, étant donné la fréquence des erreurs de diagnostic auxquelles elles ont donné lieu. Nous voyons en effet que dans la plupart des cas, les malades atteints de cette affection ont porté, un temps plus ou moins long, des bandages plus ou moins bien supportés aussi, suivant que celui-ci était appliqué en dehors de la tumeur ou sur elle.

Il importe donc de bien fixer les moyens de diagnostic. Tout d'abord, nous rappellerons brièvement les signes positifs qui caractérisent les dilatations variqueuses, réductibles ou non.

Dans le premier cas, la tumeur est réductible, molle, fluctuante, elle s'accompagne d'une coloration plus ou moins accusée de la peau.

Mais dans cette région bien des tumeurs peuvent se rencontrer avec ces caractères, et, si nous voulons, en suivant un ordre logique, commencer par les moins fréquentes, nous verrons :

i° Que dans un cas rapporté par M. Amussat (Journal de Chirurgie), on avait rencontré à l'aîne une tumeur molle, dépressible, incomplètement réductible, présentant tous les caractères d'une dilatation de la saphène à son embouchure. Cette tumeur avait été elle-même prise pour une hernie et un bandage avait été appliqué. C'était une distension énorme des lymphatiques, qui furent trouvés pleins de pus et communiquant par dessus le ligament de Poupart avec les vaisseaux lymphatiques profonds.

Mais l'adéno-lymphocèle est presque toujours symétrique ; par la palpation, on a la sensation de noyaux mal isolés et résistants, comme si on touchait un amas de petits tubes en caoutchouc enroulés et accumulés sous la peau. La tumeur ne subit aucune modification sous l'action de l'effort ou de la toux. Enfin, même dans le décubitus dorsal prolongé, la tumeur ne se réduit jamais complètement, et il reste une sorte de masse irrégulièrement mamelonnée.

Un abcès froid de la région de l'aîne pourra simuler aussi une dilatation veineuse, en effet, on rencontre dans ce cas la même fluctuation, la réductibilité, l'impulsion à la toux. Mais, dans l'abcès froid, la réductibilité s'accompagne d'une ampliation de la poche située dans l'abdomen ; on peut faire refluer le liquide en pressant alternativement sur les deux poches ; si l'on réduit l'abcès froid crural et qu'on applique le doigt au niveau de son pédicule, on ne

.

verra pas la poche se remplir à nouveau comme dans le cas de varice. Enfin, on devra rechercher la lésion osseuse, cause de l'abcès, par une exploration méthodique de la colonne vertébrale ; une vive douleur que le malade révélera à la pression en un point montrera le siège de la lésion osseuse à ce niveau.

La varice de la saphène pourra dans certains cas être soulevée par les battements de l'artère fémorale et passer pour un anévrisme. Mais si on comprime au dessous de la tumeur, celle-ci diminue dans le cas de varice, augmente au contraire dans le cas d'anévrisme, qui disparaît, lui, quand on comprime au dessus, circonstance qui augmente la tumeur variqueuse.

Nous ne ferons que citer les kystes de la région crurale qui seront faciles à différencier de la dilatation variqueuse de la saphène, par le fait même de la réductibilité de cette dernière.

Mais, où le diagnostic devient plus délicat, c'est lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur de l'aîne présentant également les symptômes d'une hernie crurale réductible et d'une dilatation variqueuse réductible aussi et, c'est là d'ailleurs le cas de beaucoup le plus fréquent.

Malgaigne, dans ses leçons cliniques sur les hernies, dit à ce sujet : « à l'état réductible, et formée par l'intestin, la hernie crurale est quelquefois exactement imitée par une varice. »

Résumons avec cet auteur les caractères communs de ces deux tumeurs :

Elles forment toutes deux une proéminence au-dessous de l'arcade crurale, au côté interne de l'artère, recouvert par le fascia crebriformis, et conséquemment mal circonscrite.

Si le malade tousse la tumeur augmente, elle diminue au contraire s'il respire lentement ; la tumeur disparaît dès que le malade est dans le décubitus dorsal, elle reparaît dès qu'il se lève ; dans l'un et l'autre cas on peut facilement la faire rentrer par la plus légère pression.

On a fondé le diagnostic différentiel sur les deux phénomènes suivants :

1° La hernie fait entendre au moment de sa réduction un bruit de gargouillement, alors qu'on ne trouve rien de semblable dans la varice.

2° Si l'on appuie le doigt sur l'anneau crural après avoir réduit la tumeur et qu'on fasse tousser le malade, ou même qu'on attende quelques instants la tumeur reparaît s'il s'agit d'une varice et ne reparaitra pas s'il s'agit d'une hernie.

A propos du premier de ces phénomènes, Malgaigne dit : « Je ne sache rien de plus propre à induire en erreur que ce signe. D'abord la hernie crurale interstitielle étant très petite, il est rare qu'elle fasse entendre un gargouillement ; au contraire, quand on appuie les doigts sur une varice, on est frappé

d'une sensation qui se rapproche beaucoup du gargouillement, et qui semble comme lui produit par le passage de bulles d'air mêlées à du liquide par un orifice très étroit. Ce phénomène dont il faut vous méfier est très prononcé dans le cas de varices, mais il existe même chez certains individus qui, sans aucune varice, ont un système veineux un peu développé. Ce bruit de gargouillement, ajoute Malgaigne, est bien plutôt senti par les doigts que par l'oreille.

Tout en admettant l'utilité dans certains cas de la recherche du second phénomène cité plus haut, Malgaigne indique un moyen de sortir d'incertitude par un procédé très simple : « Jusqu'à présent, dit-il, on a essayé avant toute épreuve de refouler la tumeur dans l'abdomen ; comme la varice et la hernie obéissent à cette impulsion on n'en pouvait tirer de grandes lumières. Mais veuillez réfléchir qu'il y a une région toute opposée vers laquelle vous pouvez toujours refouler l'une des deux tumeurs et jamais l'autre, et voilà votre diagnostic tout trouvé.

Ajoutons que, dans la hernie, la peau a sa coloration normale, la tumeur a des connexions intimes avec l'arcade crurale, tandis que la varice de la sa-phène est placée plus bas. La hernie n'est jamais nettement fluctuante, et s'accompagne le plus souvent de troubles digestifs que l'on ne rencontre pas dans le cas de varice.

Enfin, dans le cas de dilatation ampullaire de la

crosse de la saphène interne, on pourra, le plus souvent, trouver au moins dans le membre correspondant, des varices siégeant en différents points et qui viendront par leur présence affirmer encore le diagnostic.

Considérons maintenant le second cas, celui où nous nous trouverons en présence d'une dilatation variqueuse irréductible. Outre ce caractère d'irréductibilité, la tumeur dans ce cas, nous l'avons vu, est dure, mobile transversalement sous la peau, et on peut difficilement lui délimiter un pédicule. Si enfin, comme dans les cas que nous avons étudiés il vient s'ajouter à cela l'absence de toute autre varice, les difficultés du diagnostic seront singulièrement accrues.

Nous ne citerons que pour mémoire les cas où une erreur de diagnostic peut être causée par la présence dans l'aîne d'une tumeur fermée par un petit lipôme comme dans un cas rapporté par Roux et cité par Boinet dans sa thèse ; par une adénite chronique.

Quand la dilatation des parois de la poche thrombosée aura porté sur certains points plus que sur certains autres, quelques-unes de ces bosselures pourront renfermer encore du sang liquide et présenter de la fluctuation. Le tissu cellulaire ambiant prendra une densité plus grande qu'à l'état normal, d'où il résultera une connexion plus intime du vaisseau avec les téguments.

Qui n'entrevoit alors l'analogie que peut offrir cette varice enflammée avec une tumeur encéphaloïde

ramollie en certains points et adhérente à la peau ? Nous pouvons à ce sujet citer un cas de Nélaton rapporté par Chanet dans sa thèse inaugurale de 1847.

« Un abbé portait à la région claviculaire une tumeur grosse comme le poing, dure dans une partie de son étendue, fluctuante dans l'autre, douloureuse et adhérente à la peau. Plusieurs chirurgiens distingués la regardaient comme une tumeur encéphaloïde et voulaient en pratiquer l'ablation le plus tôt possible. M. Nélaton, à qui le malade fut envoyé, recourut aux commémoratifs et apprit qu'à l'endroit de la tumeur il existait une dilatation variqueuse qui disparaissait par la pression et offrait une teinte bleuâtre; dès lors il fut fixé sur la nature de la maladie.

Cette observation mérite d'être rapportée à propos des varices du membre inférieur qui sont beaucoup plus fréquentes que celles de la région claviculaire et peuvent par conséquent donner lieu à de plus fréquentes surprises de ce genre.

Quant à reconnaître un kyste hydatique, cela est très facile lorsque le frémissement existe ; sinon le diagnostic différentiel est impossible, non-seulement avec une tumeur liquide, mais encore avec une tumeur solide dont il affecte souvent les caractères tant la poche est tendue.

Presque tous les kystes hydatiques des membres donnent lieu à des erreurs de diagnostic et sont reconnus seulement au cours de l'opération, ce qui

d'ailleurs ne présente aucun inconvénient pour le malade.

Nous le voyons donc c'est surtout en recherchant les antécédents de la tumeur que l'on pourra établir le diagnostic. En interrogeant le malade on apprendra que le plus souvent la tumeur était réductible au début, par la pression ou le décubitus dorsal.

Mais comme on n'aura pas le plus souvent constaté la réduction, et la manière dont se reproduisait la tumeur, comme le malade sera le plus souvent porteur d'un bandage, ainsi que nous le constatons dans la plupart des cas, ou tout au moins en aura porté un, qui lui aura été ordonné à la suite d'une erreur de diagnostic, il sera bien difficile de n'être pas influencé soi-même tout d'abord par ce diagnostic précédemment posé, aussi rechercherons nous les productions herniaires qui pourraient simuler cette affection, à cause d'une réduction constatée antérieurement.

Nous écarterons rapidement l'idée d'une hernie intersticielle devenue irréductible à cause des symptômes intestinaux qui manquent absolument dans le cas de dilatation thrombosée de la crosse de la saphène, et aussi par ce fait que la douleur si nette dans les hernies irréductibles au niveau du pédicule manque également dans la dilatation thrombosée.

Nous éliminerons de même les épiplocèles irréductibles dans lesquelles nous pourrions retrouver un

pédicule les rattachant à l'arcade crurale. Cette sensation peut cependant être difficile à percevoir quand le sujet est porteur d'une épaisse couche adipeuse. Il en est de même de la corde formée par la saphène que l'on peut sentir dans certains cas au dessous de la tumeur lorsqu'il est impossible de la retrouver chez certains sujets gras.

Donc, d'une façon générale c'est par les antécédents, par la constation de la coexistence d'autres varices, par l'évolution de cette affection que l'on pourra établir un diagnostic suffisamment affirmatif pour pouvoir intervenir utilement et éviter de faire sur cette tumeur un taxis prolongé pouvant, ainsi que nous le montre l'observation de M. Desprès citée plus loin entraîner une embolie et la mort. Il suffira le plus souvent d'être prévenu, malgré sa rareté, de la possibilité de cette affection pour en rechercher les symptômes et éviter une si fatale erreur.



Pronostic et Traitement

Nous élargirons, pour le traitement, le cadre un peut trop restreint de notre thèse, et nous considérerons, comme nous l'avons fait jusqu'ici, les varices réductibles et irréductibles, mais de plus, nous envisagerons les cas, de beaucoup les plus fréquents où des varices du membre coïncident avec la dilatation ampullaire de la crosse de la saphène.

Le pronostic, et surtout le choix du traitement seront rendu plus faciles et plus clairs par l'exposé qu'à fait M. Delbet dans ses « Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu. »

On a coutume, dit-il, d'admettre 3 degrés dans l'évolution des varices.

1° Dilatation simple ;

2° Dilatation uniforme avec épaissement ;

3° Dilatation inégale avec épaissement et amincissement.

Cette division ne me paraît pas juste. Le premier degré des varices consiste, non dans la dilatation, mais bien dans l'altération des parois.

A cette classification je vous propose d'en substituer une autre qui a une grande importance clinique, car elle permet dans une certaine mesure de porter le pronostic et d'en instituer le traitement.

Il faut distinguer :

1° Les varices à forte tension ;

2° Les varices à faible tension.

Les varices à faible tension sont celles dans lesquelles les valvules de la saphène fonctionnent bien. Elles entraînent peu de troubles fonctionnels ; elles sont en général bien tolérées.

Ce sont les varices à début jambier.

Les varices à grande tension sont celles dans lesquelles la saphène est forcée. Elles débutent par la cuisse, ou l'envahissent secondairement, elles déterminent des troubles pénibles, (sensation de pesanteur, œdème, crampes) des accidents graves (ruptures, ulcères), elles sont mal tolérées.

Conclusion : dans les varices à grande tension il faut remplacer les valvules qui manquent pour empêcher le sang de refluer de haut en bas dans le vaisseau.

.

Revenons maintenant aux dilatations ampullaires.

Quand elles sont réductibles et que l'ampoule existe seule sans varices concomittantes du membre, qu'elles ne gênent pas la malade, il ne faut pas intervenir,

Si au contraire on se trouve en présence d'une tumeur isolée aussi, mais gênant le malade soit par suite de petites poussées inflammatoires légères, ce qui est une preuve de la tendance à la thrombose, il faut alors intervenir, d'autant plus que si le volume de l'ampoule est considérable cela prouve que le tissu veineux est mauvais dans le système de la saphène, et que l'on se trouve en présence de varices à forte tension avec insuffisance valvulaire.

Considérons maintenant un cas d'ampoule variqueuse, avec varices concomittantes du membre. Si les valvules sont suffisantes, ce qui sera facile à constater, il faut bien plus considérer l'état variqueux du membre d'une façon générale et ne pas seulement s'attacher à l'ampoule de la saphène. Il ne faut pas par conséquent agir chirurgicalement dans ce cas.

Si les valvules sont insuffisantes, il faut alors opérer, et non seulement réséquer la dilatation variqueuse, mais encore une partie de la saphène, et aussi haut que possible, contre la crurale.

Dans le second cas, nous sommes en présence d'une ampoule variqueuse irréductible, thrombosée. Mais alors nous pouvons considérer plusieurs cas, et si nous voulons aller du cas le plus complexe au cas le plus simple, nous envisagerons d'abord l'ampoule thrombosée, avec propagation de l'inflammation hors de la veine, avec suppuration péri-ampullaire.

Il faut alors, comme dans toute suppuration

ouvrir, avec cette différence pourtant, c'est que dans le cas présent, l'on doit prévenir l'embolie toujours possible, et par conséquent faire une ligature de la veine en haut près de la crurale, avant de l'ouvrir.

Mais si l'ampoule trombosée n'a pas donné lieu autour d'elle à une réaction inflammatoire vive, si elle est très ancienne et ne détermine que peu de gêne, il est inutile dans ce cas d'intervenir, le sujet porteur d'une telle affection pouvant se livrer aux occupations habituelles.

Mais si nous nous trouvons en présence d'une ampoule récente il faut intervenir, parce que l'opération est bénigne et que les dangers sont grands, étant donné l'embolie et la suppuration toujours possibles. A plus forte raison opérerons-nous si le malade souffre, ou est trop gêné par la présence de cette tumeur dans l'aîne.

Il est intéressant de remarquer combien sont rares les embolies dans le cas de dilatation variqueuse de la saphène ; la clinique le montre, et les interventions chirurgicales montrent également qu'il est bien difficile de placer la ligature supérieure en tissu franchement sain et pourtant on n'a jamais observé d'embolie à la suite de ces ligatures.



Observations

OBSERVATION I (Inédite)

Service de M. le Professeur Terrier

M^{me} L. A..., 38 ans, née à Vissembourg, cuisinière, entrée le 27 mars 1899 salle Chassaignac.

Vers l'âge de 20 ans, la malade dit avoir remarqué à la suite d'une chute, qu'elle avait dans l'aîne droite 2 petites boules situées l'une à côté de l'autre, mollasses, indolores, très mobiles et disparaissant complètement pendant le repos au lit.

Elle alla alors à la consultation de la Pitié et M. le professeur Verneuil diagnostiqua une hernie crurale.

La malade entra alors à l'hôpital, y resta 8 jours, on lui donna un bandage avec lequel elle sortit.

Elle porta ce bandage pendant un an, en fit faire un autre à ce moment, mais ce dernier la blessant, elle le supprima.

La malade a eu 5 grossesses normales suivies de 5 accouchements normaux et n'est jamais restée alitée.

Elle avait dit-elle des varices très peu accentuées qui augmentèrent à la troisième grossesse, il y a 3 ans, mais seulement à droite.

A la fin d'octobre 1899, la malade glissa et tomba de toute sa hauteur sur une barre de fer, le coup porta sur la poitrine.

La malade ne ressentit à ce moment aucune douleur particulière, sinon celle causée par le traumatisme, elle put rentrer chez elle, mais voulant se lever le lendemain, elle perdit connaissance et tomba à terre. — Elle accusa à ce moment une dyspnée presque continue et remarqua alors que sa petite tumeur avait augmenté de volume.

En même temps la malade est prise de vomissements et rend en une seule fois par l'anus, involontairement, des matières liquides.

Ces vomissements durèrent 2 jours, puis les fonctions se rétablirent normalement.

La malade s'essouffait vite, ne pouvait monter les escaliers, la marche même était difficile.

Au bout de 8 jours cependant elle reprit son métier de cuisinière, mais dit-elle sa jambe s'était alourdie, ce qui nécessitait le port continuels d'une bande de flanelle, le bas à varices ne pouvant être supporté.

La tumeur à ce moment changea de consistance, les 2 petites boules primitives se fondirent en une seule qui s'allongea par en bas, parallèlement au pli de l'aîne.

La malade travailla encore pendant 3 semaines, à ce moment elle fit une nouvelle chute dans un escalier.

Elle se fit une forte ecchymose au côté droit, éprouva

une violente douleur dans la région lombaire et dans la poitrine une sensation de constriction.

La malade travailla encore pendant quelques jours, souffrant seulement de son côté et de ses reins, ne se plaignant pas du tout de l'aîne droite.

C'est pour cette douleur de côté et des reins qu'elle va consulter deux fois. A la seconde visite, le médecin constatant cette tumeur au niveau de l'aîne lui conseilla de se faire opérer, il l'envoya à M. Broca qui, n'ayant à l'hôpital Trousseau qu'un service d'enfant, l'adressa à Bichat à M. Hartmann.

Lorsqu'elle entra à l'hôpital, on constata : à deux travers de doigt au dessous de l'arcade crurale, une petite tumeur arrondie du volume d'une noix verte. Cette petite tumeur est mobile et sensible. Elle ne paraît pas présenter de pédicule la rattachant à l'arcade crurale. La palpation est peu douloureuse, sans aucune exagération de la douleur, au niveau de la partie supérieure, c'est-à-dire au point où siègerait le pédicule s'il s'agissait d'une hernie crurale.

La malade souffre dans toute la cuisse pendant la marche ; au repos, la douleur disparaît.

On constate la présence de grosses varices dans la jambe droite, et un léger œdème des deux jambes fait penser à une albuminurie possible, mais on ne trouve dans les urines ni albumine ni sucre.

La malade n'a pas de fièvre, le pouls est assez rapide.

Opération pratiquée le 28 novembre 1899 dans le service de M. le professeur Terrier.

Opérateur : M. Gosset.

Aide : M. Chaillous.

Chloroformisateur : M. Bouraud.

Incision verticale menée en dedans du milieu de l'arcade crurale sur une longueur de 6 cent. au dessous de l'arcade.

On arrive sur une sorte de sac herniaire que l'on isole soigneusement avant de l'ouvrir, en avant et sur les côtes.

On incise ce soi-disant sac et il s'en écoule alors environ 10 grammes d'un liquide roussâtre. Le sac paraît contenir de l'épiploon gangrené noirâtre, se déchirant facilement, mais en palpant à la partie inférieure de la tumeur, on sent qu'elle se continue avec un cordon induré appartenant à la veine saphène variqueuse.

Immédiatement une ligature est placée à la partie supérieure de la tumeur, entre elle et son embouchure dans la veine fémorale, de façon à prévenir toute embolie.

Puis la veine saphène est dénudée au-dessous l'ampoule. A ce niveau la saphène est sectionnée entre deux pinces. En retirant la pince inférieure on constate que le sang s'écoulait librement et que par conséquent la veine était perméable au niveau du point de section.

La veine et son ampoule variqueuse sont disséquées alors soigneusement de bas en haut et enlevées assez facilement après la pose d'une ligature autour du cordon de la saphène jointe en dehors de son embouchure dans la fémorale.

Un petit drain est laissé dans la plaie, on met deux fils profonds pour diminuer la profondeur de la cavité ainsi créée, la peau est suturée aux crins de Florence.

Les suites de l'opération sont absolument simples, pas de température, la malade sort guérie de l'hôpital.

Si nous voulons résumer les signes qui nous permettaient dans le cas présent de porter le diagnostic de thrombose de l'ampoule de la crosse de la saphène interne, nous devons insister surtout sur :

L'absence de pédicule ;

Le peu de sensibilité de la tumeur et surtout l'absence de douleur au niveau de ce qui dans les hernies crurales correspond au pédicule.

Les varices concomittantes ;

Le siège de la tumeur plus bas et plus interne que dans les hernies crurales ;

La continuité de la tumeur avec le cordon induré variqueux de la veine qui ne pouvait pas dans le cas spécial être senti, à cause d'une épaisse couche adipeuse qui la masquait.

Enfin le début de la tumeur par une dilatation molle, mobile et ne donnant lieu pendant les 17 années qui suivirent son apparition, à aucun accident, ni à aucune gêne.

OBSERVATION II (Inédite)

Hôpital de la Pitié, Service de M. le professeur Berger.

M^{me} D..., 54 ans.

Entrée le 3 juillet 1899.

Fromageot

Opérée le 18 juillet 1899.

Sortie guérie le 11 août.

La malade entre dans le service avec une tumeur dans la région crurale droite apparue quelques mois auparavant sans qu'on puisse invoquer comme cause aucun traumatisme.

Ayant augmenté progressivement de volume, ne provoquant que peu de troubles fonctionnels, un peu de gêne, douleur peu vive dans les mouvements de flexion de la cuisse.

A l'examen on constate l'existence d'une saillie dure, marquée à la partie interne du triangle de Scarpa.

Pas de modifications de la peau qui n'est ni rouge ni œdématisée, et qui est indépendante des parties profondes, se laissant facilement plisser et déplacer à la surface de la tumeur sous-jacente.

A la palpation, qui n'est pas douloureuse, on sent une tumeur régulièrement arrondie ou plus exactement légèrement ovalaire, à grand axe vertical, du volume d'un œuf de poule, mais semblant fixée dans la profondeur par un pédicule que l'on délimite assez vaguement d'ailleurs à la partie interne du triangle de Scarpa, immédiatement au-dessous du ligament de Fallope.

Ce pédicule semble immobiliser la tumeur que l'on ne peut déplacer, ni dans le sens transversal, ni dans le sens vertical.

La consistance de la tumeur est dure, rénitente, semblant donner une sensation de fluctuation vague.

Pas de réductibilité de la tumeur, pas d'impulsion par la toux.

Autour de la tumeur on ne trouve pas d'engorgements ganglionnaires dans le triangle de Scarpa.

La malade d'une très bonne santé présente un embonpoint très marqué et l'épaisseur de la couche adipeuse contribue à rendre l'examen peu facile.

Elle ne présente pas de hernie de l'autre côté, aucune autre lésion.

Du côté des membres inférieurs on ne constate pas de varices sous-cutanées, mais quelques varicosités cutanées, d'ailleurs peu développées.

Opération faite le 18 juillet par M. Banzé, la malade est endormi au chloroforme.

Incision verticale, parallèle au grand axe de la tumeur. On arrive immédiatement sur celle-ci dont la surface est régulière, fermée par une membrane lisse tendue, d'aspect bleuâtre qui se laisse très facilement séparer du tissu cellulaire environnant.

A l'incision de ce que l'on croyait être le sac d'une épiplocèle irréductible on voit sortir une grande quantité de caillots cruoriques mous et noirâtres qui remplissaient la poche.

Le pédicule étant isolé on constate qu'il est appendu à la saphène interne qui forme au niveau du triangle de Scarpa un cordon dur du volume d'une plume d'oie.

La saphène est reséquée avec le pédicule entre deux ligatures au catgut.

Le pédicule communique par un trajet qui admet une sonde cannelée avec la lumière de la saphène. Celle-ci est obturé au dessous du pédicule par un caillot adhérent et consistant.

•

Suture de la peau au crin de Florence.

Il s'agissait en réalité d'une véritable tumeur sous cutanée communiquant avec la saphène et se présentant avec les caractères d'un anévrysme circonscrit sacciforme.

Suites opératoires. -- Lorsque l'on enlève le pansement au 7^e jour on constate que la malade a fait un hématome sous-cutané assez abondant qui nécessite la désunion de la plaie et un drainage de quelques jours.

La malade sort le 11 août complètement guérie.

OBSERVATION III

(In thèse de M. Cazalas)

Varice solitaire et irréductible de la saphène interne
près de son embouchure.

M. C..., sculpteur, âgé de 46 ans, entre à la maison municipale de santé le 24 juillet 1893 dans le service de M. le docteur Second ; était envoyé par son médecin pour être opéré d'une hernie qui, disait-il, avait occasionné les jours précédents des troubles assez sérieux pour faire craindre a un étranglement et le forcer à s'aliter.

Il y a trois ans environ, le malade s'est aperçu, pour la première fois, qu'il avait dans la région inguinale une tumeur du volume d'une petite noix ; il se souvint alors d'une chute qu'il avait faite peu de temps auparavant et se demanda s'il n'y avait aucun rapport entre la production de la tumeur et

la violence de l'effort qu'il avait du faire pour se-retenir et ne pas tomber. Un médecin consulté à ce moment constata la réductibilité com lète de la tumeur, sentit peut-être de l'impulsion produite sur celle-ci par la toux ou les efforts et concluant à l'existence d'une hernie crurale, il prescrivit le port d'un bandage. Ajoutons que, chez notre malade, à l'époque où il consulta pour la première fois, la tumeur qui augmentait de volume dans la station verticale disparaissait dans le décubitus horizontal. Il n'en avait d'ailleurs jamais souffert et éprouvait seulement par moment une impression de gêne., surtout lorsqu'il était resté longtemps debout, il portait d'ailleurs régulièrement son bandage qu'il gardait même la nuit.

En juin 1893, il fut constaté que la tumeur ne se réduisait plus et que son volume demeurait à peu près invariable. il ne semble pourtant pas avoir eu à cette époque des phénomènes douloureux qui auraient pu être interprétés en faveur d'une modification inflammatoire survenue à ce moment.

Vers le commencement de juillet, la gêne que ressentait le malade à la région de l'aîne, s'accroissait suffisamment pour l'obliger à garder le lit pendant une quinzaine de jours et c'est alors que l'on parla d'étranglement sans qu'il y eût toutefois le moindre signe d'obstruction intestinale. M. C... vint alors à la maison municipale de santé, demandant une cure radicale.

A son entrée dans le service, le malade étant dans le décubitus dorsal, on constate dans la région de l'aîne, du côté droit, l'existence d'une tumeur sphérique du volume d'une pomme d'api, siégeant à deux travers de doigt environ

au-dessous de l'arcade crurale, développée un peu en dedans d'une ligne verticale partant du milieu du ligament de Fallope. La peau est à ce niveau absolument normale et il n'y a pas de traces de varices dans toute l'étendue du membre correspondant, pas plus d'ailleurs que sur le membre inférieur gauche.

La tumeur, assez régulièrement lisse dans la plus grande partie de sa surface présente cependant quelques nodosités peu accentuées, on la circonscrit facilement dans toute son étendue, sauf en arrière, sans trouver de pédicule bien net, et il est possible de lui imprimer une certaine mobilité transversale. De consistance molle, non pulsatile, rentante sans être franchement fluctuante, elle est uniformément mate à la percussion.

Lorsque l'on exerce sur elle une pression continue on n'obtient aucune diminution de volume. Fait-on lever le malade, on n'observe aucune modification appréciable, même après une marche assez longue. Enfin la toux et les efforts ne transmettent pas aux doigts la plus légère impulsion. Ajoutons que la région est absolument indolente pendant et en dehors de l'examen.

On pensa à un kyste présacculaire ou à un sac déshabité et devenu kys'ique, et comme le malade insistait pour être opéré, l'opération fut décidée.

L'incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, mit à découvert une tumeur noirâtre présentant à sa surface quelques lobules adipeux et qu'une dissection rapide montra directement appendue à la veine saphène interne, à deux ou trois centimètres de son embouchure dans la veine fémorale. Pendant que M. Second cherchait à l'isoler davan-

tage avec l'ongle, elle se détacha facilement de la veine laissant béant l'orifice de communication, nettement arrondi correspondant à peu près à la moitié de la circonférence du vaisseau dont le calibre était d'ailleurs absolument régulier, immédiatement au-dessous et au-dessus de la poche veineuse.

Après section de la veine à ce niveau entre deux ligatures, la plaie cutanée fut suturée et huit jours après, les fils furent enlevés ; la cicatrisation était complète, et le 15 août, le malade quittait la maison municipale de santé.

Revu trois mois plus tard, il ne présentait rien d'appréciable, à part sa cicatrice au niveau du pli de l'aîne.

Dilatations variqueuses réductibles

OBSERVATION IV

Dilatation ampullaire de la saphène interne à son embouchure (J.-L. Petit).

Étant à Courtrai, en Flandre, j'appris par mon hôtesse que la servante avait dans l'aîne une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, qui ne l'incommodait point lorsqu'elle

était en repos, qui rentrait lorsqu'elle était couchée, sans qu'elle fut obligée de la presser, qui paraissait peu à peu lorsqu'elle était debout, et qui enfin, à mesure qu'elle continuait de travailler grossissait jusqu'à ce qu'elle fut parvenue à son volume ordinaire. Alors la cuisse, la jambe aussi bien que le pied devenaient pesants et douloureux, raison pour laquelle la malade était obligée de se reposer de temps en temps.

Un coureur, marchand de orviétans et de drogues, lui avait vendu bien cher un mauvais bandage, pour être appliqué sur sa tumeur qu'il avait prise pour une hernie ; mais ce bandage lui causait de si grandes douleurs dans toute la cuisse et la jambe, qu'elle ne pouvait le porter une heure sans être obligée de le quitter.

Le charlatan à qui elle s'était plainte lui conseilla de ne le porter que la nuit, et en effet elle pouvait le faire sans être incommodée par la raison que nous disons ci-après. La dame au service de laquelle j'étais m'ayant prié de la voir, je la trouvai dans de grandes souffrances, quoiqu'elle n'eut pas fait usage de son bandage depuis deux jours ; je remarquai d'abord que la tumeur était brune ; je la fis rentrer avec assez de facilité, et m'étant aperçu dès qu'elle fut rentrée, que la peau qui la recouvrait, de brune qu'elle était auparavant avait repris sa blancheur naturelle, je jugeai que la couleur brune était un effet de la matière contenue dans la tumeur ; en continuant d'examiner je m'aperçus qu'il y avait le long de la cuisse un gonflement, que la peau y était de même brune et que je sentais une espèce de cordon en suivant le cours de la saphène ; ce qui me fit croire que cette veine était devenue variqueuse, et j'en fus pleinement con-

vaincu, lorsque vou'ant la suivre jusqu'à la malléole interne je trouvai de grosses varices vis-à-vis de l'articulation du genou et de plus considérables et en plus grand nombre encore à l'endroit de la malléole interne.

C'est alors que je fus absolument persuadé que la tumeur de l'aîne, ou prétendue descente, était une dilatation du tronc de la saphène, qui comme on sait se dégorge dans le tronc de la crurale à l'endroit de son passage sous l'arcade des muscles du ventre et où se forment les hernies crurales.

Voilà une observation qui ne montre encore que trop avec combien d'attention et de scrupule on doit examiner les maladies avant de se hasarder à en porter un jugement.

OBSERVATION V

Dilatation de la saphène interne à son embouchure (Boinet)

Une femme D... âgée de 69 ans était venue à l'Hôtel-Dieu dans l'intention d'avoir un nouveau bandage et faire remplacer celui qu'elle portait depuis deux ans et qui était usé. Elle a été couchée le 5 octobre 1836 au numéro 22 de la salle Saint-Jean.

D'une forte constitution, d'une stature élevée, d'un embonpoint médiocre D. a été réglée de bonne heure, s'est

mariée à 27 ans et exerce depuis l'âge de 14 ans, l'état de blanchisseuse, qu'elle n'a pas discontinué jusqu'à présent, sa santé a toujours été bonne. Pour la première fois, il y a 6 ou 7 ans elle s'aperçut qu'elle avait des varices au membre inférieur droit, mais sans s'en inquiéter puisqu'elle n'en éprouvait aucun désagrément ; deux ans après elle s'aperçut qu'elle avait dans l'aîne droite une petite tumeur qui devenait apparente surtout lorsqu'elle faisait de longues courses ou restait longtemps sur ses jambes ; alors les veines de la jambe et de la cuisse se gonflèrent et elle éprouvait des douleurs avec engourdissement dans le membre ; lorsqu'elle restait en repos ou couchée tous ces symptômes disparaissaient et la tumeur aussi lorsqu'elle prenait une position horizontale ; elle continua ainsi sans rien faire pendant deux ans ; à cette époque elle eût occasion de consulter un médecin de la capitale assez connu qui soignait une dame pour laquelle elle travaillait. Ce médecin lui conseilla un bandage crural qu'elle a porté jusqu'à ce jour et sans inconvénient. Voici ce qu'elle présente :

Lorsqu'on examine la malade dans une position horizontale, on ne voit dans le pli de l'aîne aucune saillie, ni tumeur ; la couleur de la peau est naturelle mais en exerçant une pression modérée sur cette partie, ce qui cause toujours une certaine douleur à la malade, on ne trouve qu'une tumeur de la grosseur du doigt à peu près qui paraît assez profondément située et qu'on pourrait facilement prendre pour un ganglion, si ce n'était sa mollesse, et l'espèce de frémissement, de bruissement tout particulier en même temps que les téguments sont soulevés, ce qui produit à la main

un phénomène identique à celui que produit une véritable hernie, lorsqu'on fait tousser la malade.

Si, au contraire, on examine cette femme après l'avoir tenue debout pendant quelques minutes ou après l'avoir fait marcher, on voit dans le pli de l'aîne, à l'endroit que j'ai indiqué, une tumeur inégale, bosselée, élastique, très compressible, de la grosseur d'un œuf de pigeon et facile à réduire ; la peau qui la recouvre est légèrement violacée ; si l'on fait tousser la malade, on sent cette espèce de bruissement dont je viens de parler, et on éprouve absolument la même sensation que produit une véritable hernie, quand on fait tousser la personne qui en est affligée.

La saphène interne et ses branches sont variqueuses et faciles à suivre à la partie interne de la jambe et de la cuisse, où elles offrent des flexuosités remarquables, elles vont s'aboucher dans une dilatation plus considérable qui se trouve dans le pli de l'aîne et forme la tumeur qui avait été prise pour une hernie crurale.

OBSERVATION VI

Dilatations ampullaires de la saphène interne (Briquet)

R..., âgé de 57 ans ; exerce un métier fatigant ; depuis 25 ans il a des varices à la cuisse droite qui sont fermées par la saphène interne qui est élargie et se termine dans cette région par deux renflements analogues à des larmes bataviques ; la grosse extrémité du renflement supé-

ricur est dirigée en haut, et celle de l'inférieure en bas ; il semble que ce soient deux tumeurs dans lesquelles une veine vient se plonger avec son calibre ordinaire et desquelles elle sort non dilatée. Du reste ces deux tumeurs se remplissent et se vident aussi bien par en bas que par en haut. Il n'y a pas d'autres altérations aux membres.

OBSERVATION VII

Dilatations ampullaires de la saphène interne à la région crurale (Bonnet).

Le premier de ces malades présentait deux tumeurs molles, indolentes, du volume d'une noix, situées sur le trajet de la saphène, l'une vers l'embouchure de ce vaisseau et l'autre un peu au-dessus et en dedans du genou.

En percutant sur l'une de ces tumeurs on fait refluer le sang dans tout le trajet de la veine dilatée, et en plaçant la main sur l'autre tumeur, l'on sentait une pulsation, que, du reste, la vue seule permettait de connaître, ce reflux, cette fluctuation me semblait être le caractère distinctif de ces tumeurs parce qu'il prouve que le liquide qu'elles contiennent communique librement avec celui que renferment les veines

.
•

Les dilatations de la saphène furent traitées par l'introduction d'une épingle, assujettie par la suture entortillée et maintenue en place pendant 8 jours,

Chez le premier de ces malades qui avait deux tumeurs, celle du genou fut seule opérée ; sa guérison et celle des varices de la saphène qui fut traversée par cinq épingles, entraînent celle de la tumeur variqueuse placée au pli de l'aîne. Cette dernière fut réduite à un noyau du volume d'une noisette, presque aussi promptement que celle qui avait été traversée par une épingle. Je n'ai pu dans ce cas m'assurer de la durée de la guérison.

OBSERVATION VIII

Dilatation de la saphène interne à son embouchure
(Forgeron).

Mol... Henri, 57 ans, bardeur de pierres, entre le 25 mars 1881, à l'hôpital Cochin, service de M. Th. Auger. Comme maladies antérieures : un ulcère de la jambe droite il y a environ 13 ans ; en outre un kyste du cordon du côté droit, datant de 7 à 8 mois environ et pour lequel on lui a fait porter un bandage qu'il avait encore à son entrée à l'hôpital. La pelote avait déterminé par pression une ulcération qui se cicatrisa d'ailleurs très rapidement une fois qu'on eut supprimé le bandage.

Le malade présentait en outre, dans l'aîne droite au dessous de son hydrocèle enkystée, une tuméfaction qu'il a montrée au médecin de la mairie de son arrondissement lequel lui a conseillé d'aller à l'hôpital.

Cette tuméfaction date d'environ un an ; elle s'est déve-

loppée peu à peu, sans chute, choc, ni traumatisme quelconque. Le malade nous dit qu'elle augmente légèrement sous l'influence de la fatigue et qu'elle ne disparaît pas par le repos au lit.

Ajoutons qu'il porte aux deux jambes des varices très prononcées, surtout à gauche et présentant de place en place des dilatations ampullaires. D'après lui ces varices dateraient de 6 à 8 ans pour le côté gauche et de trois ans seulement pour le côté droit. Il porte des bas à varices des deux côtés, depuis cinq ans à gauche, deux ans à droite : les bas remontaient jusqu'à mi-cuisse.

.
La tuméfaction de l'aîne droite, le malade étant dans le décubitus dorsal, se présente avec les caractères suivants ; elle a environ le volume d'une noix et est parfaitement appréciable à la vue. Elle siège à deux travers de doigt environ, au-dessous de l'arcade crurale un peu en dedans d'une ligne qui irait du sommet au milieu de la base du triangle de Scarpa.

A peu près sphérique, elle semble cependant légèrement allongée dans la direction de la saphène, c'est-à-dire en haut et en dehors. Elle est molle, lisse, élastique, parfaitement limitée en avant, mais impossible à circonscrire en arrière. On sent autour d'elle quelques nodosités. La peau qui la recouvre est parfaitement mobile sur elle et ne présente pas de changement de coloration ; elle offre d'ailleurs la même épaisseur que partout ailleurs. Pas d'empâtement des parties voisines.

Absolument indolente pendant et en dehors de l'examen, non pulsatile, elle donne au doigt la sensation de fluc-

tuation spéciale aux liquides. Complètement mate à la percussion, parfaitement réductible, elle s'affaisse sous la main à la moindre pression, sans produire de bruit, mais reprend son volume primitif aussitôt que la pression n'agit plus, le malade gardant d'ailleurs une immobilité complète.

Vient-on à presser sur la saphène au-dessous de la tumeur, après avoir réduit celle-ci, on la voit se reproduire avec un volume sensiblement égal à celui qu'elle avait primitivement. Passe-t-on en même temps sur la veine fémorale et la saphène, toujours après réduction de la tumeur, on voit celle-ci se reproduire comme précédemment. Le même fait s'observe si l'on passe simultanément sur la veine iliaque et la saphène.

La palpation peut encore fournir d'autres renseignements ; si par exemple, après avoir déprimé la tumeur, on cesse brusquement la compression, tout en maintenant la main en rapport avec les téguments, on perçoit un bruissement spécial produit par l'afflux du sang dans la dilatation veineuse.

Le bruissement tient à la fois de l'ondulation et de la vibration, c'est-à-dire qu'il donne au doigt la sensation d'un fluide en mouvement produisant un bruit.

Fait à noter : en faisant cette épreuve avec un seul doigt on remarque que ce bruissement particulier est très net à la partie supérieure de la tumeur tandis qu'à la partie inférieure, il est à peine perceptible. La sensation dont nous parlons ne se perçoit pas quand on relève la main peu à peu après avoir déprimé la tumeur.

Un autre point intéressant est le suivant : en plaçant une des mains sur la dilatation ampullaire et frappant avec

l'index de l'autre main sur la saphène, qui se dessine très bien sous la peau, on perçoit un choc. Cette sensation est encore très nette quand on frappe la saphène au niveau de l'articulation du genou. Inversement si l'on frappe sur l'ampoule la main placée sur la saphène perçoit également un choc, à la condition pourtant que les mains ne soient pas aussi écartées que dans l'expérience précédente.

On peut aussi se renvoyer le flot, de la tumeur inguinale à la veine iliaque, qui, elle aussi, est manifestement atteinte de phlébectasie.

Si maintenant nous faisons tousser le malade, en laissant une main en rapport avec la tumeur, nous éprouvons une sensation intermédiaire à celle que donne la crépitation neigeuse et la crépitation réziforme.

On perçoit une crépitation semblable, mais beaucoup plus obscure, dans la veine iliaque externe et dans la saphène.

Ajoutons que la toux détermine un léger soulèvement de la peau qui recouvre l'ampoule variqueuse, comme il est facile de le constater en regardant obliquement la tumeur.

L'auscultation ne nous a rien donné, le malade étant au repos ; il n'en a pas été de même quand nous l'avons fait tousser en tenant le stéthoscope en rapport avec la tumeur ; nous avons entendu alors un véritable bruit de souffle.

L'auscultation de la veine elle-même ne donne rien qu'on fasse ou non tousser le malade.

Notons enfin que la saphène du côté droit présente une certaine sensibilité à la pression, et que celle du côté gauche nous offre au même niveau qu'à droite, une dilatation beaucoup plus grande que dans le reste de son trajet.

Tout ce que nous avons noté jusqu'ici a été observé, le malade étant dans le décubitus dorsal ; voici maintenant ce que nous avons constaté après l'avoir fait marcher pendant deux heures.

La tumeur inguinale est manifestement plus volumineuse ; elle est en outre beaucoup plus apparente ; la peau ne présente pas la coloration brunâtre signalée par les auteurs.

Le bruit perçu quand on fait tousser le malade n'est pas plus accentué que dans le décubitus dorsal, il nous a même semblé l'être un peu moins. Au contraire, celui qui est perçu par la palpation simple est bien plus marqué quand le malade est debout que quand il est couché. En frappant sur la saphène, le choc se transmet très mal à cause de la distension considérable de tout le réseau veineux. Le tronc même de la saphène forme un relief notable ; il est très dur, très tendu ; le malade le compare à un nerf.

Nous avons examiné l'ampoule inguinale en faisant contracter les fléchisseurs de la cuisse et nous n'avons rien constaté qui mérite d'être signalé. Un mois après son entrée dans le service le malade quitte l'hôpital avec un bas élastique. Nous l'avons revu au commencement de juillet, c'est-à-dire près de trois mois après sa sortie de l'hôpital, et nous n'avons constaté aucune amélioration.

OBSERVATION IX

Dilatation ancienne de la veine fémorale dans la partie supérieure du triangle de Scarpa ; mort rapide par embolie multiple (M. Desprès, in thèse de M. Ducourtioux).

Le nommé H... François, âgé de 26 ans, entre à la Charité le 2 février 1891. Il était porteur d'une tumeur siégeant à gauche, à la partie supérieure du triangle de Scarpa. Cette tumeur allongée, de la grosseur d'un œuf de poule, présentait au premier abord l'aspect d'une hernie crurale. Son extrémité supérieure atteignait l'arcade crurale et l'inférieure descendait jusqu'à la partie moyenne de la région. Elle n'était pas animée de battements et la peau était saine à ce niveau.

M. Desprès la palpa légèrement, et déclara qu'il sentait une légère réduction accompagnée d'un peu de crépitation. Il commanda de coucher le malade, mais celui-ci pâlit subitement et s'affaissa sur lui-même. Pendant une minute et demie environ il eût des convulsions cloniques des membres supérieurs ; la respiration était pénible et stertoreuse, mais il put se relever spontanément et s'asseoir son séant.

Lui ayant demandé s'il avait eu précédemment des attaques d'épilepsie, il répondit négativement et s'affaissa de nouveau en proie à une crise de dyspnée semblable à la première.

Il fut de suite transporté sur un lit ; mais les mouvements respiratoires devinrent rares et cessèrent bientôt.

M. Desprès mit le malade la tête en bas. Celui-ci fit une expiration et ce fut la dernière : la face devint violacée, les pupilles s'ouvrirent largement. Pendant plusieurs minutes on essaya en vain la respiration artificielle, la mort était survenue environ quatre minutes après le début des accidents.

Voici quels sont les renseignements fournis par la famille ; Le malade est le 5^e de 8 enfants. Le 4^e, une fille, eut la danse de Saint Guy à l'âge de 11 ans.

H., lui-même, en 1872 à l'âge de 9 ans fut atteint pendant deux mois de la même affection.

Il se mettait facilement en colère, était très émotif. Un jour il eut une syncope en voyant arracher une dent.

Depuis l'âge de 14 à 15 ans il était porteur d'une tumeur crurale gauche qui fut toujours prise pour une hernie et qui le fit exempter du service militaire. Deux jours avant de se présenter à la Charité, il était allé trouver un bandagiste qui ne pouvant malgré ses efforts réduire cette prétendue hernie envoya le malade consulter un chirurgien ; il vint alors consulter M. Desprès.

L'autopsie, pratiquée 24 heures après la mort, montra qu'il n'y avait aucun orifice faisant communiquer la tumeur avec la cavité abdominale, il ne s'agissait donc pas d'une hernie. La veine iliaque externe, sur une longueur de 4 centimètres au dessus de l'arcade crurale, était du volume d'un pouce.

Une incision verticale fut faite au niveau du triangle de Scarpa. On tomba sur la tumeur molle qui se continuait en haut avec la veine iliaque externe et en bas avec la veine fémorale.

On put voir l'abouchement de la veine saphène interne.

Celle-ci de même que la fémorale, présentait des parois épaissies et dilatées.

Cette tumeur était englobée dans une gangue celluloadipeuse contenant des ganglions dont quelques-uns étaient hypertrophiés.

A l'incision elle laissa échapper une certaine quantité de sang noir.

Après l'avoir détachée on put constater facilement les origines de communication des veines précitées avec la poche. Ils étaient rétrécis mais non oblitérés par des caillots fibrineux.

L'artère fémorale était située à la partie postérieure de la tumeur. Elle était d'ailleurs saine et ne communiquait nullement avec la poche.

La pathogénie des accidents mortels se trouvait expliquée : il s'agissait probablement d'embolies pulmonaires successives dues aux caillots sanguins, fragmentés lors de la tentative de réduction faite par le bandagiste. La simple exploration pratiquée à la consultation avait achevé de détacher ces caillots.

L'examen des poumons et du cœur dont on avait respecté les connections vint confirmer le diagnostic.

Le poumon gauche était pâle et exsangue. Le poumon droit au contraire, très adhérent à la plèvre, est fortement congestionné dans ses deux lobes inférieurs ; il crépite encore légèrement.

Le volume du cœur est normal.

Le ventricule droit contient un peu de sang noir non mélangé de caillots.

La branche gauche de bifurcation de l'artère pulmo-

naire est toute entière oblitérée par des caillots en partie fibreux, assez volumineux, dont la longueur varie de 1/2 centimètre à 1 cent. pour les plus gros.

La branche droite au contraire est oblitérée par de petits caillots noirâtres fortement pressés les uns contre les autres.

La congestion interne du poumon droit peut être expliquée par de petites embolies successives produites antérieurement.

Le ventricule gauche et ses orifices sont absolument sains. M. Ducourtioux, à qui nous empruntons cette observation publiée dans sa thèse, est allé voir plus tard la famille, et voici les renseignements complémentaires qu'il a obtenu : la tumeur de l'aîne a été découverte par hasard. Elle s'est peu à peu développée, d'abord molle et réductible pendant très longtemps, elle est devenue dure et complètement irréductible depuis quelques années. Plusieurs médecins qui ont examiné le malade, croyant avoir affaire à une hernie crurale, lui ont conseillé de porter un bandage. Il n'a pu en porter constamment à cause de la douleur occasionnée par la pression de la pelote et de l'absence de contension de la tumeur. Il était peu gêné par celle-ci cependant, quinze jours environ avant sa mort, il éprouva à l'aîne des douleurs plus vives, et une sorte de pesanteur dans la jambe gauche. Sa femme lui fit alors remarquer qu'il avait une varice à la partie antéro-interne de la cuisse.

A part un peu de céphalalgie intermittente et de nervosisme, le malade était bien portant.

Sa mère est atteinte de varices volumineuses aux deux jambes.

OBSERVATION X

Varice ampullaire solitaire à l'embouchure de la saphène
(Cruveilhier)

Une femme âgée de 32 ans, cuisinière, point d'enfants, à qui on avait conseillé un bandage, est venue me consulter pour une tumeur sphéroïdale, du volume d'une grosse noix, molle, fluctuante, cédant sous la pression comme une hernie qu'on réduit, et reparaissant aussitôt qu'on cessait la compression.

J'ai reconnu une varice de l'embouchure de la saphène aux caractères suivants :

1° A son siège à plusieurs millimètres au-dessous de l'arcade fémorale.

2° A son augmentation par la toux, mais avec cette particularité que le doigt placé sur la tumeur éprouvait pendant l'effort une sensation de frémissement, de frôlement que la malade percevait facilement elle-même quand elle y appliquait le doigt, et qu'elle comparait à celle que ferait éprouver un jet d'eau, expression qui mérite d'être conservée, tant elle rend bien la sensation que font éprouver les varices de l'embouchure de la saphène.

3° Autour de la dilatation veineuse il existait de petites nodosités en demi-cercle ; la présence de ces nodosités qui n'étaient autres que des ganglions lymphatiques, est encore un moyen de diagnostic différenciel.

4° Et par dessus tout la fluctuation liquide si différente

de la fluctuation gazeuse. Une varice moins développée existait chez cette femme à l'embouchure de la saphène de l'autre côté.

OBSERVATION XI

Varice ampullaire de la saphène située un peu au-dessous de son embouchure dans la veine fémorale (in thèse Cazalas).

C .. Philippe, âgé de 49 ans, fleuriste, couché salle Saint-Landry, n° 17, est entré dans le service de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, le 13 juin-1894. Nous ne relevons rien de particulier dans les antécédents héréditaires : sa mère est morte d'accidents ; son père est mort à 68 ans d'une affection de l'estomac, il n'avait pas de varices, mais il était porteur d'une hernie inguinale.

Le malade paraît avoir eu des accidents méningitiques à l'âge de 4 ans 1/2 : en 1870, il aurait eu successivement, une fluxion de poitrine et une fièvre typhoïde. Enfin notons que en 1884, il a eu une fracture de jambe du côté droit.

C... depuis quelques mois se plaignait d'une sensation de pesanteur du membre inférieur droit, et, 6 semaines environ avant son entrée à l'hôpital, à la suite d'une journée de fatigue, il a senti une gêne douloureuse au niveau de la partie antéro-interne de la racine de la cuisse droite, et, son attention ayant été attirée de ce côté, il a constaté à ce niveau l'existence d'une grosseur, au sujet de laquelle il est

venu consulter à l'Hôtel-Dieu. Le malade ne peut donc préciser à quelle époque remonte le début de cette tuméfaction, qui s'est développée sans cause appréciable.

A l'examen du malade on constate tout d'abord l'existence de varices jambières, des deux côtés, mais prédominant du côté droit, développées principalement dans le territoire de la saphène interne. A part l'existence de la tumeur siégeant à la partie antéro-interne de la racine du membre inférieur droit, on ne note aucune varice crurale apparente.

On constate d'autre part un varicocèle double, surtout accentué à droite. Il n'y a pas de hernie appréciable.

La tuméfaction située à la partie antéro-interne de la racine du membre inférieur droit, disparaît spontanément et complètement lorsque le malade est dans le décubitus dorsal, mais dès que l'on fait lever le malade, elle devient parfaitement appréciable à la vue et, à la palpation présente à peu près le volume d'une grosse noisette, de forme sensiblement allongé dans le sens vertical, si l'on exerce avec le doigt une pression modérée au dessous de la tumeur, on voit immédiatement se dessiner nettement la veine saphène interne dont la continuité avec la tuméfaction devient absolument évidente.

Il s'agit donc d'une dilatation ampullaire de la veine tombant au milieu de l'arcade crurale et à 7 centimètres au dessous de cette arcade, c'est-à-dire à trois centimètres environ au dessous de l'embouchure de la veine saphène interne dans la veine fémorale.

Conclusions

1° Varices réductibles.

A. Ampoule seule.

α) Petite, ne gênant pas le malade, ne pas intervenir.

β) Gênant le malade par :

1° Son volume,

2° Des poussées inflammatoires intervenues.

B. Ampoule avec varices du membre,

α) Valvules suffisantes, faire un traitement palliatif, port de bas.

β) Valvules insuffisantes.

Intervenir, faire la résection de la vessie.

2° Ampoules irréductibles. Thrombosées.

α) Avec inflammation péri-vasculaire, ouvrir et drainer en ayant soin de faire la ligature préventive de la saphène.

β) Sans inflammation :

1^o Cas anciens, sans grands troubles, ne pas intervenir.

2^o Cas récents ; intervenir parce que l'intervention est bénigne et met à l'abri de dangers toujours possibles.

Vu :

Le Président de la Thèse,
F. TERRIER.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



Bibliographie

J. L. Petit. — Œuvres posthumes de Chirurgie 1774, tome II, édition 1837, p. 634.

Briquet. — Dissertation sur la phlébectasie ou dilatation variqueuse des veines, notamment sur celle des membres abdominaux, th. Paris 1824. Réimprimées des archives de Médecine, 1^{re} série, tome VII, pages 208 et 396.

Macilvain. — On diseases of the mucous canals on inguinal tumour, édit. 1830, page 300.

Mavré. — Th. 1831, page 12.

Berard. — Article Aine du dict. en 30 vol. 1832, tome II, page 48.

Boinet. — Gazette méd. 1836, page 829.

Velpeau. — Anatomie chirurgicale 1857. Tome II, page 526.

Bonnet. — Mémoire sur le traitement des varices du membre inférieur, archiv. gén. méd. 1839. 3^e série, tome V,

Laugier. — Des varices et de leur traitement, thèse d'agrégation 1842.

Roche et Samson. — Pathol. med, chirurgic. 1844, tome IV, page 305.

Malgaigne. — Leçons cliniques sur les hernies.

Hérapath de Bristol. — Rev. med. chir. 1848, tome IV.
Cruveilhier. — Traité d'anat. pathol. tome II, p. 812.
Vidal (de Cassis). — Path. ext. édit 1861, tome V,
page 346.

Chanet. — Th. 1847, page 28.

Joly. — Th. 1847, page 46.

Bourcelot. — Th. Paris 1848.

Robin. — Th. Paris 1849, page 23.

Robert et Verneuil. — Supplément au dictionnaire des
dictionnaires, page 27.

Verneuil. — Article Aine du dict. encyclopédique des
sciences médicales, tome II, 1^{re} part. 1865, p. 298.

Duplay. — Th. d'agrégation.

Macler. — Th. 1853.

Houzé de l'Aulnoit. — Th. 1854.

Bert. — Th. Paris, 1858.

Desprès. — Th. d'agrégation, 1863.

Huguier. — Th. d'agrégation, 1863.

Gosselin. — Hernies abdominales, 1865, page 401.

Richet. — Anatomie méd. chirurg., 1877, p. 1190.

Follin et Duplay. — Traité de path. ext. Tome II, p.
549 et tome IV, p. 195.

Nélaton. — Pathologie externe.

Cornil et Ranvier. — 2^e partie, 1873.

Verdier. — Traité pratique des hernies, 1840.

Forgeron. — Th. Paris, 1881.

Ducourtroux. — Dilatat. ampullaire de la veine fémorale dans le canal crural et de la saphène interne à son embouchure. Th. Paris, 1891.

Duplay et Reclus. — Trait. de chirurgie.

Tillaux. — Clinique chirurgicale.

Cazalas. — Th. Paris, 1894.

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie,

Delbet. — Cliniques chirurgicales l'Hôtel-Dieu (Rôle de l'insuffisance valvulaire dans les varices).

Cornil et Marie. — Congrès de Moscou.

Traité de médecine, tome VI, article de MM. Vidal et Besançon.



